N° 22.

DISSERTATION

SUR

L'EXTIRPATION DE LA GLANDE PAROTIDE;

THÈSE

Présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris, le 4 février 1824, pour obtenir le grade de Docteur en médecine,

PAR J. HOURMANN, d'Angers,

Département de Maine-et-Loire.

A PARIS,

DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT LE JEUNE,

Imprimeur de la Faculté de Médecine, rue des Maçons-Sorbonne, n.° 15.

1824.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

MESSIEURS

LANDRÉ-BEAUVAIS, DOYEN.
ALIBERT.
BÉCLARD, *Président.*
BERTIN.
BOUGON, *Suppléant.*
BOYER.
CAYOL.
CLARION.
DENEUX.
DÉSORMEAUX.
DUMÉRIL, *Examinateur.*
DUPUYTREN.

MESSIEURS

FIZEAU.
FOUQUIER.
GUILBERT.
LAENNEC.
MARJOLIN, *Examinateur.*
ORFILA.
PELLETAN FILS.
RÉCAMIER.
RICHERAND, *Examinateur.*
ROUX.
ROYER-COLLARD.

Professeurs honoraires.

CHAUSSIER.
DE JUSSIEU.
DES GENETTES.
DEYEUX.
DUBOIS.
LALLEMENT.
LEROUX.
MOREAU.
PELLETAN.
PINEL.
VAUQUELIN.

Agrégés en exercice.

ADELON.
ALARD.
ARVERS.
BRESCHET, *Suppléant.*
CAPURON
CHOMEL.
CLOQUET AÎNÉ.
COUTANCEAU.
DE LENS.
GAULTIER DE CLAUBRY.
GUERSENT.
JADIOUX.
KERGARADEC.
MAISONNABE.
MOREAU, *Examinateur.*
MURAT, *Examinateur.*
PARENT DU CHATELET.
PAVET DE COURTEILLE.
RATHEAU.
RICHARD.
RULLIER.
SÉGALAS.
SERRES.
THÉVENOT.

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE,

ET

A MA MÈRE.

Témoignage de la plus vive reconnaissance.

HOURMANN.

INTRODUCTION.

L'insuffisance des moyens dirigés contre le squirrhe de la glande parotide, les accidens déterminés par la pression qu'il exerce sur les parties voisines, son accroissement rapide, et la certitude que l'on a, depuis les progrès de l'anatomie pathologique, de son ramollissement cancéreux, doivent attirer l'attention des praticiens sur le seul remède qu'on puisse lui opposer avec succès, l'*extirpation*.

Les auteurs les plus recommandables, et dont l'autorité est également puissante, sont entièrement divisés d'opinions sur l'opération dont il s'agit. Les uns, tels que *Heister, Acrell, Siebold, Souscrampes, Lacoste*, etc., ne doutant nullement de sa possibilité, appellent en témoignage plusieurs observations, dont la plupart leur sont propres, donnent même des préceptes pour la pratiquer; d'au-

tres, parmi lesquels on remarque MM. *Boyer*, *Roux*, *Richerand*, *Ansiaux*, *Murat*, révoquent en doute les observations des premiers, et, s'appuyant d'ailleurs de considérations anatomiques, condamnent et proscrivent absolument cette opération. Le plus grand nombre enfin, tout en partageant le sentiment de ceux-ci sur le défaut d'authenticité des observations, ne se prononcent point cependant d'une manière exclusive. Quoi qu'il en soit de toutes ces opinions contraires, il est certain, comme je tâcherai de le prouver plus loin, qu'on n'a pu jusqu'à ce jour avoir des idées fixes sur ce sujet, et que personne n'avait encore répondu d'une manière péremptoire à cette importante question de chirurgie : *Peut-on extirper complètement la parotide?* Et à cette autre, qui suit nécessairement : *Peut-on soumettre cette opération à des règles, et lui assigner un rang dans les ouvrages didactiques?*

La solution la plus décisive vient d'être donnée à la première de ces questions par l'opération qu'a pratiquée M. le professeur *Béclard* à l'hôpital de la Pitié; il ne peut plus, je pense, rester de doute sur la possibilité de l'*extirpation complète de la parotide*. Bien plus, les diverses circonstances qui l'ont accompagnée, les procédés

de l'opérateur, le succès de leur exécution, tout enfin m'a porté à croire que la seconde question était également résolue, et que non-seulement l'extirpation de la parotide était praticable, mais que l'on pouvait encore en déterminer les principes, et la rapprocher peut-être des opérations les plus réglées de la chirurgie.

Ce sont donc les règles de cette opération, les préceptes qui, selon moi, doivent être observés pour sa pratique, que j'expose dans cette dissertation. Pour rendre mon travail aussi complet que possible, j'ai voulu connaître l'état de la science sur ce sujet, et c'est après un scrupuleux examen des observations qui *y* ont rapport que je déduis mes conclusions sur les faits qu'elles renferment.

Enfin, persuadé que je suis qu'en cette occasion surtout, le chirurgien doit avoir les connaissances les plus exactes sur la disposition et les rapports des parties que traverse l'instrument, je commence par l'anatomie topographique de la glande parotide, et celle des parties qui l'avoisinent.

Les détails de l'opération de M. *Béclard*, par lesquels

je termine, étaieront la plupart de mes assertions, et offriront une sorte de résumé de toutes mes propositions.

DISSERTATION

SUR

L'EXTIRPATION DE LA GLANDE PAROTIDE.

ANATOMIE.

La parotide, la plus considérable des glandes salivaires, est située à la partie supérieure et latérale du cou, vers la région postérieure des joues, au-dessous de l'oreille. Son volume, très-variable suivant les sujets, empêche qu'on en puisse exactement déterminer l'étendue et la figure. Le chirurgien doit surtout considérer les deux portions qui la composent, et dont l'une, profonde, s'enfonce derrière la mâchoire, tandis que l'autre, superficielle, s'avance plus ou moins sur le masseter. On peut dire que cette disposition est en quelque sorte constante; cependant j'ai vu une fois sa portion profonde manquer absolument, et la glande entière sur le masseter.

Sa surface, mamelonnée et lobuleuse, est recouverte, dans sa moitié inférieure environ, par le muscle peaucier, dont les fibres obliques croisent sa direction. On y observe en outre des filets nerveux très-ténus, dont le nombre ne peut être fixé, et qui proviennent de la branche auriculaire du plexus cervical; ainsi qu'un réseau des plus remarquables formé par les faisceaux lymphatiques temporaux, qui

gagnent des ganglions placés sous le lobe de l'oreille, devant le tragus (glande du tragus de *Valsalva*), et vers l'angle de la mâchoire.

Des divers points de sa circonférence partent comme autant de rayons, et successivement de haut en bas, le nerf temporal superficiel, l'artère et la veine temporales, les divisions temporales de la branche supérieure du nerf facial, ses divisions malaires et buccales, l'artère transversale de la face, le conduit excréteur, la branche inférieure ou sous-maxillaire du facial, la veine jugulaire externe; et tout-à-fait en arrière et en haut, le nerf auriculaire postérieur et l'artère de ce nom.

Si l'on poursuit la dissection, on arrive à sa portion profonde, que l'on trouve traversée par le nerf facial, qui se divise dans son épaisseur, et par le tronc de la veine jugulaire externe.

Lorsque la glande est tout-à-fait enlevée, on découvre l'espace qu'elle occupait. C'est cet espace, qui est connu sous le nom de *région parotidienne*, qu'il importe principalement de connaître. Quelques anatomistes l'ont prolongé jusqu'au pharynx, et comprennent dans sa description tout ce qui avoisine cet organe. Il me semble plus avantageux d'en restreindre l'étendue, et de n'y faire entrer que les parties qui ont des rapports immédiats et intimes avec la parotide.

Ainsi envisagée, la région parotidienne est limitée en haut par la portion cartilagineuse, et un peu la portion osseuse du canal auditif; en avant, par la branche de la mâchoire, la face interne du grand ptérygoïdien, et l'articulation temporo-maxillaire; en arrière, par l'apophyse mastoïde, les apophyses transverses des trois premières vertèbres cervicales, et la partie la plus supérieure du sterno-mastoïdien. En bas, ses limites ne sont point tracées, mais une ligne tirée de l'angle de la mâchoire au sterno-mastoïdien les représente parfaitement.

La cavité que ces parties circonscrivent, plus rétrécie en haut qu'en bas, a une forme à peu près triangulaire. Traversée obliquement de

l'apophyse mastoïde vers l'angle de la mâchoire par les muscles digastrique et stylohyoïdien, elle se trouve divisée en deux portions, l'une supérieure et l'autre inférieure. Dans la première on voit de dehors en dedans, 1.° un ou deux ganglions, auxquels se rendent de nouveaux faisceaux lymphatiques temporaux; 2.° les veines qui donnent naissance à la jugulaire externe, et qui sont, la maxillaire interne, la temporale superficielle et l'auriculaire postérieure; 3.° l'artère carotide externe, flexueuse, formant deux courbures principales, dont l'une, plus grande, qui commence près de l'angle de la mâchoire et se termine au condyle, donne naissance, par sa concavité, à l'artère transversale de la face, et à l'auriculaire postérieure par sa convexité, et dont l'autre, beaucoup moindre, embrasse le conduit auditif; 4.° en arrière et profondément, le tronc du nerf facial, le rameau auriculaire, le stylohyoïdien, et le sous-mastoïdien, qui traverse le muscle digastrique pour aller s'anastomoser avec le glosso-pharyngien au moment où celui-ci sort du crâne; 5.° en avant sur le col du condyle, le rameau temporal superficiel du maxillaire inférieur, et la patte d'oie qui résulte de son anastomose avec des filets correspondans du facial; 6.° enfin, immédiatement au-dessus du digastrique, une veine grosse et courte qui établit une communication entre les deux jugulaires, et tout-à-fait dans le fond l'apophyse styloïde du temporal, et l'extrémité supérieure des trois muscles qui s'y insèrent.

En procédant de la même manière pour la portion inférieure de la région parotidienne, on remarque, 1.° de nombreux ganglions qui reçoivent les vaisseaux lymphatiques profonds de la langue, du palais, du nez, des orbites, du pharynx, des muscles de la face, etc.; 2.° sous eux la veine jugulaire interne, où se rendent les veines faciale, linguale et occipitale; 3.° devant cette veine, le nerf hypoglosse, qui se recourbe vers la base de la langue; 4.° le spinal, situé derrière cette même veine; 5.° les deux carotides, dont l'interne est d'abord plus en dehors que l'externe; 6.° l'origine de l'artère labiale, celle de l'occipitale, et l'une et l'autre s'engageant sous le digastrique; 7.° le

sommet des apophyses transverses des trois premières vertèbres, les tendons des muscles qui s'y attachent, et les premières branches du plexus cervical.

Telle est la division naturelle et l'énumération complète des nombreux et importans rapports de la glande parotide. C'est du milieu de toutes ces parties qu'il faut l'enlever dans l'opération qui va m'occuper.

Extirpation de la parotide.

Ici se présentent tous les dangers d'une opération pratiquée dans un espace creux, resserré par des limites osseuses et sur le trajet de gros vaisseaux, dans lesquels la disposition anatomique des parties rend impossible la suspension du cours du sang par les procédés ordinaires de l'hémoschèse, et s'oppose ainsi au moyen préparatoire le plus utilement employé dans les autres régions du corps. Si l'on réfléchit en outre que, le plus ordinairement, la tumeur qu'il faut enlever est considérable, on se persuadera aisément de la gravité de l'extirpation de la parotide. Aussi, quelle qu'ait été l'opinion des auteurs, ses partisans, même les plus prononcés, n'ont pu se la dissimuler.

Les difficultés de cette opération, pratiquée selon les préceptes donnés jusqu'à ce jour, ont dû en effet être énormes. On a peine même à concevoir qu'elles aient jamais été surmontées. On possède cependant sur ce sujet un assez grand nombre d'observations; mais, comme le remarque *Richter*, la plupart sont dénuées de tout intérêt, et ne méritent aucune confiance par la légèreté avec laquelle elles ont été décrites, et par le défaut des détails les plus importans dont elles sont absolument dépourvues.

Une circonstance anatomique a dû nécessairement entraîner l'erreur dans laquelle sont tombés beaucoup de chirurgiens. Les ganglions lymphatiques qui se rencontrent aux environs et sur la surface de la parotide sont très-susceptibles de s'engorger. Cet engorgement peut s'accroître assez pour comprimer la glande, l'atrophier et l'en-

foncer derrière la mâchoire; l'ablation de ces ganglions laisse voir au-devant de l'oreille une cavité assez profonde, et la méprise est d'autant plus facile que la glande qui en occupe le fond peut être réduite à une si petite épaisseur, que les battemens de la carotide externe soient sensibles au doigt et à l'œil. Ce sont donc, le plus souvent, des ganglions lymphatiques qui ont été enlevés. On en trouve des exemples dans presque tous les ouvrages de chirurgie. On a signalé principalement les observations de *Rooinhuysen*, *Scultet*, *Kalschmied*, *Gottfried*, *Berh*, *Palfin*, *Verduin* et *Gooch*. Mais, si l'on apporte un peu de soin dans l'examen des faits publiés par les autres auteurs, et qui sont généralement regardés comme concluans, on verra bientôt qu'ils sont loin d'être à l'abri de toute objection, et qu'un très-petit nombre, par l'exactitude de leur rédaction, méritent d'être sérieusement discutés.

J. B. Siebold (*Historia systematis salivaris*) rapporte fort en détail l'histoire d'une extirpation de la parotide dont il a été témoin, et qui a été pratiquée par son père. Cette observation, qui est une des plus probantes, ayant été déjà le sujet de quelques réflexions de M. *Cullerier* dans un des volumes du Journal général de médecine, et ces réflexions ne me paraissant pas sans réplique, je crois devoir, avant de les examiner, rapporter l'observation en entier et sans altérer le texte.

Observation de Jean-Barth. Siebold.—*Puella magno tumore ægra aderat, qui regionem dextræ parotidis, anguli maxillæ inferioris et glandulæ submaxillaris, occiput, mentum et collum versùs latè protensus fœdè occupaverat....... Integumentis discissis, et à tumore undiquè solutis, tumorum quasi agmen, partìm intra extirpationis tempus, partìm ante eam ferè finitam, in conspectum venit, inter quos duo majores; parotis scilicet et glandula submaxillaris insigni mole excellunt, minores verò sertum quasi glandularum conglobatarum tumidarum supra, juxta et infra parotidem et glandulam sub-*

maxillarem situm, et secundum carotidum truncum communem ad claviculam usque protensum jungunt.

Magna patientia, maxima manuum dexteritas et multùm temporis spatium requirebantur, ut extirpatio tantæ glandularum affectarum congeriei, et quidem valdè reconditæ, partìm cultelli incisionibus, partìm ope digitorum quasi enucleando penitùs et fausto exitu absolveretur. Manui parentis proximus, cunctis operationis momentis omnem animum et sensus adverti sedulò, eòque salvâ religione à me conditiones omnes adnotatas esse, sub quibus solùm et tantummodò penitùs exscindi possit publicè hìc fateor. Imprimis hoc adnoto : nervum communicantem faciei parotidis lobulos undique perforantem cum ramis suis hamuli ope ante discissionem elevatum esse, ut eò magis spectatores persuaderentur parotidem ipsam adfectam sese habere. Præterea, post parotidem extirpatam, cavum illud suprà descriptum (il a décrit plus haut la région parotidienne), *cum partibus admodùm conspicuis aderat, quibus illud impletur. Trans musculos digastricum nempè maxillæ et stylohyoidum ad longitudinem meatûs auditorii digitum indicem immittebam, eoque ad carotidis truncum à maxillæ ramo paulò tectum applicato, hanc arteriam fortiter pulsantem tactu sentiebam : hoc et plures adstantes comperiebant.*

Tels sont les détails de cette opération; et je ne pense pas, avec M. *Cullerier*, qu'ils soient « une preuve convaincante que les glandes salivaires n'ont pas été enlevées. De quoi, dit M. *Cullerier*, était formée la tumeur? D'un amas de glandes d'un volume inégal, deux seulement étant plus grosses que les autres. Sans aucun motif, sans aucune preuve, l'auteur affirme que ces deux dernières étaient la parotide et la sous-maxillaire. » Cela est vrai. Mais comment M. *Cullerier* voudrait-il qu'il s'en fût assuré? « En les disséquant. » Il n'était pas possible, je crois, de découvrir le tissu de ces glandes au milieu de la dégénérescense qui les avait envahies. « A la verité, continue M. *Cullerier*, l'auteur remarque que le nerf qui rampe sur la parotide a été soulevé avec une érigne; mais, quand il existe des tumeurs volumineuses, le tissu cellulaire qui les recouvre se serre, et souvent

les nerfs sont difficiles à reconnaître : d'ailleurs des ganglions lymphatiques développés ont pu, ont dû soulever les nerfs. » D'abord il n'y a point de nerf qui rampe ainsi sur la parotide et qui puisse être soulevé. Cela seul aurait dû engager M. *Cullerier* à méditer un peu plus ce passage de *Siebold*, et certes il n'aurait pas traduit *nervum communicantem faciei parotidis lobulos undique perforantem* par *le nerf qui rampe sur la parotide.* Il est de toute évidence que c'est le nerf facial que *Siebold* désigne ici, et je crois très-bien, comme lui, que ce nerf, soulevé avant la rescision complète de la tumeur, est une preuve concluante que la parotide était au moins intéressée. Qu'on ne m'objecte point que les nerfs qui traversent une masse squirrheuse ne peuvent être distingués. La preuve qu'ils ne sont presque jamais lésés, c'est que l'innervation qu'ils entretiennent dans les parties où ils vont se ditribuer n'est altérée en aucune manière, et que les fonctions auxquelles ils président, n'ont, le plus souvent, éprouvé aucune atteinte. L'auteur (*Siebold*) ajoute que la profonde cavité résultant de l'extirpation prouvait l'enlèvement de la parotide. Cette preuve ne semble pas à M. *Cullerier* plus concluante que l'autre. Sans doute, si *Siebold* se fût borné à noter cette cavité, sa profondeur ne prouverait rien ; mais ce qu'il ajoute me semble très-propre à confirmer l'opinion où il est que son père a réellement et complètement enlevé la parotide. Faut-il tirer les mêmes conclusions ? Les objections de M. *Cullerier* ne me semblent pas propres à combattre avantageusement les propositions de *Siebold ;* cependant je crois qu'on peut encore élever quelques doutes sur la réalité de l'opération rapportée par celui-ci. Les derniers détails ne sont point assez circonstanciés. Les battemens de la carotide externe qu'il a sentis, et desquels il s'étaie principalement, peuvent, comme on l'a vu, être très-marqués malgré la présence de la parotide affaissée: M. *Murat* m'en a cité un exemple, et je trouve dans M. *Ansiaux* (Clinique chirurgicale), l'histoire d'une extirpation partielle de cette glande, après laquelle la portion non enlevée, et encore assez considérable, n'a pas empêché que ces bat-

temens ne fussent très-sensibles. Si *Siebold* avait vu cette artère dénudée, s'il avait vu les muscles digastrique et stylohyoïdien, nul doute que l'extirpation aurait eu lieu ; mais ce qu'il dit est loin de l'indiquer. Il a senti la carotide au-delà de ces muscles ; est-ce à dire pour cela qu'ils aient été à découvert ? En résumé, je crois que, malgré les objections qu'on peut faire encore, l'observation de *J. B. Siebold* est une des plus authentiques, et que, s'il n'est pas certain que la parotide ait été enlevée en entier, c'est du moins extrêmement probable.

Peu d'observations offrent cette exactitude et cette précision. On y cherche envain les détails anatomiques si nécessaires ici, et qui doivent seuls établir les preuves convaincantes. C'est ce qu'on peut dire de celle de M. *Lacoste*, consignée dans le 26ᵉ vol. du Journal général. Cependant, quoique très-incomplète, elle présente des circonstances remarquables. Le sujet est un homme de quarante-deux ans, ex-militaire, qui portait un engorgement dur et indolent de la parotide, dont il était atteint depuis cinq ans. Elle était devenue douloureuse, dure, rénitente, lisse au toucher, longue de plus de trois pouces, protubérante de deux, sa forme s'allongeait de l'apophyse mastoïde jusqu'au-delà du bord antérieur du masseter, et de l'arcade zygomatique jusqu'au-dessous et derrière l'angle de la mâchoire.

Après l'emploi de quelques remèdes généraux, M. *Lacoste* pratiqua l'opération de la manière suivante : . . . . « D'une main, dit-il, armée d'un bistouri, je fis une incision depuis la partie postérieure de la tumeur jusqu'à son extrémité antérieure, en décrivant une ligne courbe, dont la convexité répondait en haut ; j'en fis une seconde de la même longueur, mais dans une direction opposée. Au moyen de ces deux incisions, j'obtins un lambeau d'environ trois pouces et demi de longueur sur un pouce et demi de largeur. Je détachai ensuite la tumeur en haut et en bas, en détruisant le tissu cellulaire assez avant pour introduire dans la plaie les doigts de la main gauche. Je continuai à disséquer la glande en la soulevant jusqu'à son entière extirpation. Je ne m'arrêtai pas à lier successivement

les artères, comme avaient fait *Theden* et *Desault* dans l'extirpation de la glande thyroïde, procédé que je jugeai sinon impossible, du moins très-difficile dans cette partie, à cause de l'obstacle qu'auraient présenté les bords de la plaie trop élevés, et dont l'écartement laissait voir une cavité profonde. Je ne crus pas devoir séparer la tumeur de l'artère carotide, ainsi que quelques hommes de l'art l'ont conseillé ; l'effusion de sang était déjà trop considérable, etc. . . A peine la parotide fut-elle extirpée, que le sang jaillit avec une telle impétuosité, que j'en fus tout inondé ; ce qui annonçait la lésion de la carotide externe. Cette abondance de sang était due sans doute à la dilatation de l'artère, occasionnée par la compression de la parotide, devenue squirrheuse. La glande extirpée avait plus que le volume d'un œuf de poule d'Inde. Elle était très-allongée ; le côté qui s'appuyait sur la face interne de la mâchoire inférieure paraissait aplatie ; on voyait une exubérance considérable dans la partie qui correspondait à la cavité qui se trouve entre l'apophyse mastoïde, l'angle et les branches de la mâchoire : les autres parties de la tumeur se montraient unies, sphériques, et recouvertes d'un tissu cellulaire très-serré. Sa substance intérieure offrait une couleur jaune ; on entendait du bruit en la divisant, etc. . . . . » Le reste de l'observation a rapport aux suites de l'opération ; c'est à l'aide du tampon qu'il arrêta l'hémorrhagie, qui se renouvela, et menaça fréquemment la vie du malade.

Il faut convenir qu'il y a tout lieu de présumer que l'extirpation a été faite. La description de la tumeur s'accorde très-bien avec celle du squirrhe de la parotide. Sa surface lisse et unie doit surtout être notée ; l'inégalité étant un des caractères distinctifs des tumeurs que forment les ganglions engorgés. Cependant M. *Lacoste* s'est borné à cet examen, et ne dit rien de l'état des parties après l'opération. La lésion de la carotide externe n'est pas du tout certaine ; les branches fournies par cette artère peuvent avoir donné le sang qui s'est écoulé, d'autant mieux que la maladie les développe et accroît beaucoup leur calibre, par les lois de la puissance nutritive, et non, comme le

prétend M. *Lacoste*, par la pression mécanique de la tumeur, qui n'est propre, au contraire, qu'à les rétrécir et à les oblitérer : c'est une erreur physiologique grossière. Je ne m'arrêterai point à présenter toutes les fautes commises contre l'art : M. *Cullerier* les a déjà signalées. Rien d'ailleurs n'est plus singulier que les raisons de M. *Lacoste*. Conçoit-on, par exemple, qu'une des causes qui l'ont surtout engagé à ne pas éviter la carotide externe, c'est que le malade *avait déjà perdu trop de sang?*

Cette observation est donc, comme je l'ai dit, au moins incomplète; celle de M. *Souscrampes* (Journal général de médecine, t. 84) l'est bien plus encore. Il ne donne presque aucun détail, et tout prouve qu'il n'a réellement enlevé que des ganglions lymphatiques. La tumeur a d'abord été multiple et présenté les caractères d'une simple loupe mobile; son ablation n'a donné lieu qu'à un léger écoulement de sang qui fut arrêté de suite par l'application de compresses soutenues seulement par le bandage en fronde. Enfin ce n'a été qu'après les premières incisions que ce chirurgien s'est aperçu qu'il avait *affaire* à la glande parotide.

On peut porter le même jugement sur l'observation de *F. M. Alix*. (Observation chirur., part. 1, p. 67.) Elle indique au plus que la portion de la glande qui s'avance sur le masseter faisait partie de la tumeur qu'il a enlevée. Celle-ci commençait sous l'œil, se prolongeait en bas de la longueur de deux doigts, était très-mobile (la parotide squirrheuse est immobile; c'est son signe le plus certain). Comme dans l'opération précédente, il n'y eut presque pas d'hémorrhagie, et le simple contact des lèvres de la plaie suffit pour l'arrêter.

F. David Hezel ne mérite guère plus de confiance. Les tumeurs accessoires de celle qu'il qualifie de *squirrhe de la parotide*, ses divers prolongemens au-dessous de l'oreille, son pédicule, sur lequel il a porté une ligature, tout annonce que ce ne sont encore que des ganglions qu'il a extirpés.

Burggrav n'a évidemment intéressé dans son opération que la

superficie de la glande : la fistule salivaire qui l'a suivie le prouve suffisamment.

Il en est absolument de même pour *Charles-Gaspard Siebold*, frère de celui dont j'ai parlé plus haut. Non-seulement il y eut une fistule par laquelle la salive s'échappait, mais encore la bouche en était tellement remplie, que le malade en éprouvait des nausées et des vomissemens.

Une fistule semblable se rencontre encore dans l'observation de M. *Pamard* (Clinique chirurgicale de Montpellier), de même que chez la malade opérée par M. *Goodlad* de Bury dans le Lancashire. Mais ici on ne peut rien en conclure, la glande sous-maxillaire ayant été intéressée dans l'opération. Du reste, malgré l'effrayante et longue description qu'en a donnée M. *Abernethy* (*medico chirurgical Transactions*, février 1816), je crois qu'une critique sévère peut lui trouver encore des objections. La tumeur énorme s'étendait de l'oreille à la partie antérieure du cou jusqu'au-dessous de la clavicule. On lia d'abord la carotide (je reviendrai plus tard sur cette partie de l'opération), après quoi M. *Goodlad* procéda à l'extirpation. Une incision faite de la base de la tumeur à sa partie supérieure, elle fut séparée de la joue. Pour cela les doigts suffirent ; cependant une forte bande ligamenteuse rendit par occasion le bistouri nécessaire. La plaie avait l'aspect suivant : tout le sterno-mastoïdien était à découvert et ses fibres nettement disséquées, excepté jusqu'à un demi-pouce environ de son insertion à la clavicule. La partie postérieure de l'apophyse mastoïde était à découvert ; en avant, la plaie s'étendait jusqu'à la trachée, en devenant de plus en plus étroite à mesure qu'elle approchait de la partie inférieure du cou. La glande sous-maxillaire qu'on apercevait ne paraissant pas saine : à peu près un cinquième de son tissu fut enlevé. Le digastrique et la plus grande portion du mylo-hyoïdien étaient à nu, ainsi que la branche de la mâchoire, couverte seulement de son périoste, excepté à l'endroit de l'insertion du masseter, dont une partie, également affectée, avait aussi été enlevée, la totalité du condyle de cet os, les

muscles ptérygoïdiens, et la membrane de la joue couverte seulement d'une substance celluleuse. On laissa une quantité suffisante de peau pour recouvrir le zygoma; enfin la glande parotide fut totalement enlevée.

Aucune des parties que recouvre cette glande n'est mentionnée ici. La carotide primitive étant liée, la carotide externe n'a pas donné de sang; on n'a donc pu la reconnaître par ce moyen. Mais le muscle digastrique, le stylohyoïdien devaient s'offrir à l'opérateur, non en avant près du mylohyoïdien, mais en arrière sous l'apophyse mastoïde. Qu'entend-on par la *membrane de la joue recouverte par une substance celluleuse?* Comment a-t-on pu découvrir les deux muscles ptérygoïdiens? L'externe est entièrement caché par la branche de la mâchoire; l'interne même est-il accessible ailleurs qu'à son insertion à l'angle de cet os? Je persiste donc dans ma proposition, et j'affirme que cette observation est encore insuffisante.

Dans le dix-septième volume du Journal complémentaire du Dictionnaire des sciences médicales, on trouve une note sur l'extirpation de la glande parotide par le docteur *Weinhold,* professeur à l'université de Hall. Il prétend l'avoir pratiquée trois fois, et conserve dans son cabinet une parotide squirrheuse qu'il a enlevée, et que tout homme de l'art peut voir et toucher; c'est la seule preuve qu'il fournisse, et elle lui semble sans réplique. Je répéterai ici ce que j'ai déjà dit une fois. Un organe dégénéré et converti en une substance aussi étrangère aux tissus naturels que l'est le squirrhe ne peut absolument être reconnu. On conçoit difficilement que de semblables inconséquences échappent à un homme qui est d'avis que, pour *faire faire des progrès à la science, on ne doit jamais se laisser induire en erreur par tout ce qu'on dit et ce qu'on écrit dans le monde.*

Cristophe-Boniface Zang (*Blutige operationen*) ne donne que des préceptes sur cette opération. Il ne présente rien de nouveau, et ne cite aucun fait.

M. *Carmichaël* (*coopers Dictionnary of practical surgery*) a eu

l'occasion d'enlever une tumeur qui comprenait, dit-il, toute la parotide, et s'étendait en dedans jusqu'à l'atlas. L'artère faciale a été lésée. Un aide, pour arrêter l'écoulement du sang, comprimait la carotide; mais, loin d'y parvenir, la pression sembla l'augmenter: une éponge fût enfoncée dans la plaie. L'opérateur, après une incision horizontale de la tumeur (ce qui semble indiquer que l'opération a été faite en deux temps), découvrit l'orifice du vaisseau et le lia. On ne dit rien de la carotide externe, ni des autres parties qu'a dû découvrir l'ablation complète de la glande; cependant la paralysie des muscles de la face annonce qu'elle a été attaquée assez profondément. M. *Carmichaël* se propose, lorsqu'il la pratiquera de nouveau, de lier la carotide, ou du moins de passer sous elle une ligature, qu'il serrera au besoin, la compression lui paraissant tout-à-fait inefficace, et même dangereuse.

Dans le même ouvrage, on cite encore une extirpation de la glande parotide faite par M. *Klein,* chirurgien distingué à Suttgard. La carotide externe a été ouverte, mais en bas au-dessous du digastrique; la temporale l'a été également, ainsi que la maxillaire externe et l'auriculaire. Ces circonstances n'indiquent pas du tout l'enlèvement de la parotide. Ajouterai-je à ces observations celle d'*Acrell,* qui fait partie d'un recueil composé à l'hôpital de Stokolm, et qui concerne une opération de ce genre; elle ne fut accompagnée que d'une hémorrhagie si légère, qu'un simple morceau d'agaric l'arrêta. Celles qu'a consignées dans sa dissertation sur le squirrhe *Abraham Kaau,* neveu du célèbre *Boerhaave,* et qui appartiennent à un chirurgien de la Haye. Ce qu'il dit de l'inutilité de lier les artères et de la manière *simple et facile* d'arrêter l'écoulement du sang ne suffit-il pas pour démontrer qu'il s'est trompé sur la réalité de l'opération?

Enfin que penser des extirpations de parotide faites par *Heister,* quand on a médité un peu ce qu'il dit à ce sujet? Non-seulement il a *pratiqué* cette *opération un grand nombre de fois,* mais encore elle ne *lui a jamais présenté aucune difficulté.* C'est *surtout chez des jeunes gens* qu'il a rencontré le *squirrhe* de la *parotide,* et il n'était

obligé de l'enlever que quand les *médicamens avaient été mal dirigés.* Lorsque les *malades se confiaient à lui*, les *résolutifs qu'il mettait* en usage le *dispensaient* presque toujours d'*avoir recours à l'opération.* Tous ces détails n'annoncent-ils pas clairement que les tumeurs dont parle *Heister* n'étaient autre chose que des tumeurs scrofuleuses, et que sans doute jamais il n'a extirpé la parotide?

Tel était, je crois, l'état de la science sur l'extirpation de la parotide à l'époque où M. *Béclard* l'a pratiquée à l'hôpital de la Pitié. On voit par ce qui a été dit combien ce point de chirurgie était encore peu éclairé, et que les faits publiés sont loin de l'authenticité rigoureuse que requiert une pareille matière. Il est aisé d'en conclure l'incertitude où se trouvaient les praticiens à cet égard. Cette incertitude et la gravité de l'opération ont dû sans doute inspirer des craintes; et l'on ne doit point s'étonner d'entendre les auteurs les plus recommandables s'élever contre elle. Mais faut-il encore tenir le même langage? L'observation de M. *Béclard* ne doit-elle pas désormais fixer les idées sur cette opération?

Souvent en médecine une affection interne s'est dérobée long-temps à l'efficacité des remèdes, et les plus simples modifications apportées en les administrant sont parvenues à la combattre. Pourquoi dans les recherches chirurgicales suivrait-on une autre marche? Ne convient-il pas, avant d'abandonner une opération dont le succès serait si important, d'essayer, en les variant, les procédés qui lui sont applicables, et de ne prononcer son impossibilité qu'autant que ces essais seraient infructueux?

Or, jusqu'à ce jour tous les préceptes donnés pour l'extirpation de la parotide ont été éminemment vicieux. On ne s'est jamais écarté des règles générales de l'ablation des tumeurs; et sans considérer que le siége de la maladie s'opposait entièrement à ce que ces règles puissent être observées, on a toujours prescrit d'emporter la glande squirrheuse d'un seul coup. Mais, comme je l'ai déjà dit au commencement de cette dissertation, les parties qui environnent la parotide participent le plus ordinairement à son affection; et quand

le malade consulte le chirurgien, la tumeur présente un volume considérable. Comment alors peut-on espérer que, dans un espace creux, étroit, recouvert en totalité par une masse souvent énorme, l'instrument puisse être porté avec sûreté, la main de l'opérateur étant gênée, et l'œil ne pouvant en diriger les mouvemens? J'affirme qu'ainsi pratiquée, l'extirpation de la parotide est d'une gravité extrême; et je pense, avec M. *Ansiaux*, que quiconque oserait l'entreprendre devrait être taxé de témérité.

Il en sera tout autrement, si, négligeant la partie extérieure de la tumeur qui n'offre aucun intérêt, on la retranche d'abord pour ne plus s'occuper que de la portion profonde qui s'enfonce derrière la mâchoire. Cette portion est la seule qu'il importe de considérer, puisque c'est elle seule qui a des rapports avec les parties qui doivent être ménagées. L'opération par ce moyen, et sans l'aide du caustique ou de la ligature, mais achevée avec le bistouri, présente de grandes chances de succès, et devient une des plus sûres et des plus heureuses sous la main de l'anatomiste exercé, qui sait allier à une hardiesse éclairée, raisonnée et calculée la fermeté et la présence d'esprit qui caractérisent le vrai chirurgien.

Méthode opératoire. Les auteurs qui ont proscrit l'extirpation de la parotide, et ceux qui ont voulu la soumettre à certaines règles, ont également fondé leurs préceptes sur le danger de l'hémorrhagie qui peut succéder à la lésion des gros vaisseaux du cou en rapport avec la glande. Cet accident est le seul, en effet, qu'on doive redouter. Tout ce qui a été dit de la gravité des blessures des nerfs est faux. L'ablation complète de la parotide ne peut être faite sans qu'ils soient entièrement coupés; et la paralysie, qui en est la suite inévitable, n'entraîne rien de plus fâcheux. Les douleurs névralgiques, le trismus, etc., ne peuvent être attribués qu'à leur irritation superficielle, et ne doivent survenir que quand l'opération est incomplète. Toute l'indication est donc, 1.° d'éviter l'hémorrhagie; 2.° d'y remédier quand elle a lieu.

1.° *Il faut éviter l'hémorrhagie.* Il serait sans doute bien avantageux de pouvoir ici, comme aux autres régions du corps, suspendre la circulation dans les vaisseaux qui parcourent le siége de la maladie, si plusieurs raisons anatomiques ne s'y opposaient et ne rendaient ce précepte tout-à-fait impraticable. Il est inutile, je pense, de discuter celles qui repoussent la compression; le voisinage du conduit aérien, la forme arrondie du cou, la profondeur surtout où se trouve le tronc artériel principal par suite du développement de la tumeur, défendent absolument d'y songer. Mais la ligature peut surmonter ces obstacles; et comme on sait, le voisinage des nerfs pneumogastrique et grand sympathique, non plus que la veine jugulaire, n'ont point empêché des chirurgiens célèbres de l'appliquer à la carotide primitive, dans le cas d'anévrisme de cette artère. L'idée de l'employer comme moyen préparatoire dans l'extirpation de la parotide a dû se présenter tout naturellement. On l'a proposée, et M. *Goodlad* est le premier, je crois, qui l'ait mise à exécution dans l'opération citée ci-dessus : la malade guérit parfaitement. Peut-on espérer toujours cet heureux résultat? Ce premier succès et ceux obtenus par MM. *Abernethy*, *Cooper* et *Travers*, pour la cure des anévrismes de la carotide, semblent le promettre. Mais on a tout lieu d'en douter, et même de le nier absolument, lorsqu'on examine la disposition des vaisseaux, et qu'on réfléchit au véritable mécanisme de la guérison des anévrismes dont il est question. Celle-ci, en effet, n'arrive point suivant les mêmes lois que dans les autres parties du corps; les nombreuses et larges communications de l'artère carotide d'un côté avec celle du côté opposé, communications qui ont lieu surtout dans le crâne, ramènent promptement le sang dans la partie comprise au-dessus de la ligature; mais la carotide ne fournissant aucune branche dans l'étendue de la tumeur qui puisse entretenir sa circulation, il stagne et se coagule; le reste de la guérison s'effectue comme ailleurs; le sang ne tarde donc point d'arriver au-dessus de la ligature, et le but qu'on se propose dans l'extirpation de la parotide est totalement manqué. L'opérateur, agissant avec

sécurité, divisera les rameaux nombreux de la carotide externe; il pourra même intéresser, sans s'en apercevoir, le tronc de cette artère; aucun écoulement de sang ne se manifestant dans ce moment, un appareil sera appliqué, et le malade conduit à son lit. Quelques heures après, la circulation venant à se ranimer, le sang, ramené dans l'artère, s'échappera abondamment par les orifices de ses branches divisées, et l'opéré se trouvera exposé à tous les dangers d'une hémorrhagie imprévue et foudroyante. Il faut conclure de ce qui précède que la ligature préalable de la carotide primitive, loin d'offrir des avantages, peut entraîner de graves accidens, et doit être rejetée.

Celle de la carotide externe, dont l'effet serait plus direct, présente-t-elle les mêmes inconvéniens? La tumeur, se prolongeant surtout en bas, doit le plus souvent empêcher d'y songer. Mais, supposé que cette difficulté ne se présentât pas, je crois que tout autorise encore à ne pas l'admettre. D'abord, malgré la position superficielle de l'artère, et indépendamment du voisinage de la tumeur, elle est très-difficile à pratiquer. En outre, c'est au point où l'on placerait la ligature que naissent successivement trois branches assez volumineuses, la thyroïdienne supérieure, la linguale et la labiale, circonstance défavorable pour le fait même de la ligature, et pour l'oblitération de l'artère avant la chute du lien passé autour d'elle; ce qui exposerait à une hémorrhagie consécutive; enfin les nombreuses anastomoses qui existent entre les deux carotides externes par le moyen des artères temporale superficielle, occipitale et auriculaire postérieure d'un côté avec celles du côté opposé, ne ramèneront-elles pas bientôt le sang dans les branches divisées, comme dans le cas précédent? Et les mêmes objections ne se reproduisent-elles pas?

Comment donc éviter l'hémorrhagie? Faudra-t-il, comme on l'a conseillé, pratiquer d'abord à la base de la tumeur une incision assez profonde pour qu'on puisse y enfoncer les doigts de la main gauche, et, recueillant les battemens des artères, se laisser diriger

par eux pour conduire la pointe du bistouri? Je ne répéterai point tout ce que j'ai dit pour prouver combien ce précepte, purement théorique, devient futile quand on veut l'exécuter. Je recommanderai de suite la rescision de toute la partie de la tumeur qui proémine en dehors : il ne restera plus que la portion profonde. C'est alors que le chirurgien doit apporter toute son attention pour ménager la carotide externe qui rampe au fond de la région parotidienne. *Chopart* et *Desault*, qui déjà avaient pressenti la possibilité de partager ainsi l'extirpation de la parotide en deux temps, conseillent les caustiques. Sans représenter ici l'insuffisance de ce moyen pour enlever la totalité de la maladie, je ferai remarquer que les escharres que leur action détermine, et dont on ne peut prévoir la profondeur, peuvent très-bien pénétrer jusqu'à l'artère, et être suivies d'une hémorrhagie mortelle. Le bistouri seul convient pour achever l'opération. Une expérience, qui, je crois, appartient à M. *Burns*, professeur à Glasgow, et consiste à injecter du mercure par le canal de *Sténon* dans la parotide, qui s'en remplit en entier, prouve qu'on ne peut encore espérer d'enlever d'un seul coup la portion restante de la maladie; car, si, dans l'expérience que je cite, après l'injection du mercure, on essaie avec le bistouri de détacher la parotide des parties qu'elle recouvre, on voit bientôt ruisseler le métal; ce qui indique qu'une partie de la glande est coupée, et demeure adhérente. Ce n'est donc que par une dissection un peu longue, faite couche par couche dans le tissu du squirrhe, autour de la carotide externe, qu'on parviendra à l'éviter : l'opérateur devra bien se rappeler sa marche flexueuse, le lieu précis de ses courbures. Ses battemens, d'ailleurs très-sensibles, le dirigeront beaucoup; et souvent il la dégagera sans intéresser sa continuité. Il se conduira de la même manière par rapport à la portion de la parotide qui s'avance au-dessous du muscle digastrique; il redoublera de précautions au niveau de la glande sous-maxillaire, qu'il laissera, autant que possible, intacte, si elle n'est pas altérée, l'artère labiale qui se loge dans son bord postérieur ne pouvant échapper au bistouri, si ce

bord est atteint. L'origine de la carotide externe, et celle de l'interne surtout, se trouvent protégées par la veine jugulaire interne, qui elle-même est séparée de la parotide par des ganglions lymphatiques décrits p. 11. La difficulté de comprendre cette veine dans une ligature, indépendamment du nerf pneumo-gastrique, doit, je pense, faire abandonner le bistouri, dans le cas ou les ganglions qui la recouvrent seraient engorgés : un simple nœud de fil serré sur eux a suffi pour les détacher dans l'opération de M. *Béclard*.

2.° *Il faut remédier à l'hémorrhagie, si elle a lieu.* Quelle que soit la prudence et l'adresse du chirurgien, il pourra arriver que le bistouri atteigne ces vaisseaux, et donne lieu à l'hémorrhagie. Jusqu'à ce jour on a recommandé contre cet accident les moyens compressifs et les styptiques usités. *Acrell*, *Siebold*, *Heister* surtout, ont négligé la ligature, et n'ont pas cru possible de la pratiquer dans une plaie aussi profonde que l'est celle qui résulte de l'extirpation de la parotide. Les progrès de la chirurgie ne permettent plus d'être arrêté par ces obstacles, qui n'existent réellement qu'au-dessus du muscle digastrique, dans la partie qui constitue proprement l'échancrure parotidienne. C'est là qu'est la carotide externe, qui, de toutes les artères du cou, est la plus exposée dans cette opération. Si sa lésion a lieu, un écoulement de sang par saccades l'annoncera, et il faudra s'empresser d'y remédier. Le doigt d'un aide placé sur l'ouverture, qui n'intéressera certainement pas toute l'épaisseur du vaisseau, si le chirurgien a apporté les précautions convenables pour cette partie de la dissection, pourra suspendre l'hémorrhagie, pendant que l'opérateur, muni d'une pince à dissection, ou mieux d'une pince à pansement (cet instrument plus long et plus étroit est très-convenable), saisira l'artère au-dessous de l'ouverture, et la soulèvera en portant un des mors de la pince à son côté interne, et en rapprochant l'autre sur son côte externe. L'artère ainsi pincée et soulevée, la constriction exercée par les mors suffira pour arrêter le sang; tandis que l'aide passera immédiatement sous l'artère une aiguille courbe enfilée

d'une double ligature, qu'il serrera au-dessus et au-dessous de l'ouverture; après quoi l'opération sera continuée jusqu'à son achèvement complet.

La lésion des autres artères, telles que la carotide interne et la primitive, n'exige pas de procédés particuliers pour leur ligature, ainsi que la veine jugulaire interne. Je rappellerai seulement qu'on devra éviter les nerfs qui les avoisinent; savoir, le styloglosse et le spinal pour la jugulaire; le pneumo-gastrique, et le grand sympathique pour la carotide.

Les branches qui se distribuent à la parotide et à la peau qui la recouvre seront liées entre les deux temps de l'opération.

Telle est la description générale de la méthode opératoire; il ne reste plus qu'à indiquer la succession des diverses parties qui la composent.

1.° *Situation du malade.* Le malade, au lieu d'être placé sur une chaise dans la position verticale, sera couché sur une table longue, étroite et garnie d'un matelas; la poitrine plus élevée que le reste du corps et sur un plan oblique, ainsi que la tête, qui sera tournée du côté sain, et posée sur un oreiller un peu ferme. Des aides le maintiendront dans cette position.

2.° *Incision de la peau.* Si elle est saine, on pratiquera une incision cruciale, continuée au-delà des limites de la tumeur. Chaque lambeau sera disséqué jusqu'à sa base, et la tumeur mise ainsi à découverte dans toute son étendue. Si, au contraire, la peau n'est pas saine, on fera deux incisions courbes, la première en arrière et en bas, la seconde en avant et en haut.

3.° *Dissection de la tumeur.* Elle renferme deux temps. Dans le premier, on enlève toute la partie extérieure à l'échancrure parotidienne. Le bistouri, conduit d'avant en arrière et de bas en haut, détruit d'abord l'adhérence celluleuse de la tumeur au masseter, celle qui la fixe au sterno-mastoïdien, et dans l'intervalle pénètre le tissu

même du squirrhe. Pendant cette dissection, plusieurs branches anomales fournies par la carotide externe sont divisées. Plusieurs aides placeront leurs doigts sur leurs orifices jusqu'à l'ablation entière de cette première partie de la tumeur, et ne les lèveront ensuite qu'à mesure que les vaisseaux seront liés. On trouve ce précepte formellement énoncé dans *Zang*. *J. L. Petit* le recommande encore pour une opération de ce genre, qu'il pratiqua dans cette même région. Le second temps de la dissection comprend l'ablation de la portion profonde du squirrhe, et a été suffisamment décrit page 26.

L'opération achevée, il conviendra, avant de procéder au pansement, d'examiner avec attention s'il ne reste aucune partie malade. Si l'extirpation de la parotide a été complète, on apercevra au fond de la plaie le plus grand nombre des détails anatomiques décrits page 10.

Le pansement sera très-simple. La ligature des vaisseaux étant faite, on évitera avec soin d'exercer une compression, dont les inconvéniens sont trop sensibles pour que je les démontre.

On peut voir dans l'observation suivante, qui m'a été communiquée par mon ami, M. *Bérard*, élève interne à l'hôpital de la Pitié, l'expérience du plus grand nombre des procédés que je viens d'indiquer. Elle prouve en outre de la manière la plus authentique l'extirpation complète de la parotide.

Observation de M. le professeur Béclard. — Louis-François Clouet, colleur de papier, entra à l'hôpital de la Pitié le 19 août 1823 pour se faire traiter d'un squirrhe ulcéré qu'il portait à la région parotidienne droite. Cet homme était âgé de quarante-sept ans. Sa constitution paraissait bonne, son tempérament sanguin et nerveux. La maladie avait débuté, huit ans auparavant, par une tumeur dure, ronde, mobile, sans changement de couleur à la peau. Long-temps indolente et peu volumineuse, elle était enfin devenue le siége de douleurs lancinantes. Elle avait pris un développement plus rapide en même temps qu'elle avait perdu de sa mobilité. La peau qui la

recouvrait avait pris une teinte rouge foncée. Une légère ulcération l'avait entamée, et s'était insensiblement agrandie. Voici quel était l'état du malade à son entrée à l'hôpital.

La tumeur cancéreuse faisait un relief assez considérable au niveau de l'échancrure parotidienne. En haut, elle soulevait le lobe de l'oreille, et paraissait intéresser la portion cartilagineuse du conduit auditif; en bas, elle dépassait de près d'un pouce l'angle de la mâchoire; en arrière, elle adhérait au sterno-mastoïdien, sur la face externe duquel elle s'étendait; en avant, elle recouvrait une grande partie du masseter. Elle était ulcérée en deux endroits, et n'avait conservé que très-peu de mobilité. Il n'existait d'ailleurs aucun signe de cachexie cancéreuse. Le malade désirait une opération : M. *Béclard* la pratiqua de la manière suivante.

Le malade étant couché sur le côté gauche, la tumeur fut cernée par deux incisions demi-circulaires, faites l'une à la partie inférieure et postérieure, l'autre à la partie antérieure et supérieure de sa circonférence. La partie du squirrhe placée sur le masseter fut d'abord disséquée d'avant en arrière avec assez de facilité. On essaya alors de détacher la tumeur de bas en haut; mais un prolongement de sa substance s'enfonçait profondément derrière et sous le ptérygoïdien interne.

Tenter d'enlever du premier coup cette portion du squirrhe avec le reste de la tumeur, c'eût été s'exposer à des hémorrhagies difficiles à réprimer pendant l'opération. M. *Béclard* se décida à disséquer de bas en haut, en conduisant le bistouri dans le tissu même du squirrhe au niveau de son prolongement, tandis qu'en avant et en arrière l'instrument traversait le tissu cellulaire qui l'unissait aux parties voisines. La demi-circonférence inférieure du cartilage qui concourt à former le conduit auditif externe, dégénérée avec la partie voisine de la parotide, fut enlevée avec elle dans cette première dissection. Des artères nombreuses furent saisies avec des pinces, et liées immédiatement. M. *Béclard* procéda ensuite à l'extirpation du reste de la tumeur. Une portion du bord antérieur et de la face in-

terne du sterno-mastoïdien, convertie en substance squirrheuse, fut enlevée avec le bistouri. Le prolongement situé derrière la mâchoire fut excisé par tranches successives. Déjà presque la totalité avait été emportée, lorsqu'un jet volumineux de sang vermeil annonce la lésion de l'artère carotide externe. M. *Béclard* pose l'indicateur de la main gauche sur le lieu d'où le sang jaillit, saisit une pince, parvient à soulever le vaisseau au-dessous de son ouverture; et pendant que la constriction exercée par les mors de la pince suspend l'hémorrhagie, une aiguille, entraînant un double fil, est passée immédiatement autour du vaisseau : un aide fait les ligatures au-dessus et au-dessous de la blessure. On remarqua ensuite qu'une légère piqûre de l'artère au-dessous de la ligature inférieure laissait encore couler du sang : une troisième ligature fut passée comme les précédentes, et serrée plus bas que la petite ouverture. L'artère fut maintenue en avant et en dehors pendant qu'on acheva d'extirper ce qui restait dans l'échancrure parotidienne. Un seul petit prolongement de la tumeur placé au-devant des vertèbres cervicales, au-dessous du niveau de l'angle de la mâchoire, parut devoir être respecté à cause du voisinage de la veine jugulaire interne. M. *Béclard* se contenta d'en faire la ligature avec deux fils passés au-dessous de lui au moyen d'une aiguille courbe, et serrés l'un à l'extrémité supérieure, l'autre à l'inférieure de ce prolongement. La plaie considérable qui succéda à cette opération présentait en avant le masseter disséqué, comme dans la préparation anatomique de ce muscle; les fibres du peaucier, le conduit de *Sténon*, et la portion de la glande qui l'accompagne, les filets de la septième paire, avaient été enlevés avec la tumeur. L'artère labiale dénudée, mais non ouverte, battait au-devant de la partie inférieure du masseter. En arrière, l'apophyse mastoïde, le sterno-mastoïdien, excisé à son bord antérieur et à sa face interne, bornaient la solution de continuité. En dedans, l'apophyse styloïde, l'artère carotide externe, embrassée par trois ligatures; le muscle stylohyoïdien, le digastrique, et plus bas la petite portion de la tumeur non extirpée, formaient le fond de la plaie, qui s'ouvrait en haut dans le conduit

auditif. Le pansement des plaies qui doivent suppurer fut faite à celle-ci. L'examen de la tumeur fit voir partout le tissu squirrheux mélangé à une petite partie de matière tuberculeuse. Il fut impossible de distinguer du reste ce qui avait appartenu à la parotide.

Aucun accident ne se manifesta les premiers jours, pendant lesquels on commença à faire quelques remarques intéressantes. Tout le côté droit de la face de ce malade restait absolument étranger au jeu de la physionomie. S'il essayait de mettre quelques expressions dans ses traits, les muscles du côté gauche entraînaient les parties mobiles du côté droit de manière à déterminer les grimaces les plus singulières. S'il s'endormait, l'œil droit restait constamment ouvert; et bientôt l'irritation et le dessèchement de la conjonctive furent suivis d'une ophthalmie peu intense, mais opiniâtre. Enfin, à l'époque de la suppuration de la plaie, le malade éprouva une légère surdité du côté droit, soit que l'inflammation se fût prolongée à la membrane interne du conduit auditif, soit qu'une matière puriforme ou le gonflement des parties voisines eussent déterminé l'obstruction du conduit. La suppuration étant convenablement établie, des granulations égales et vermeilles couvraient la solution de continuité, lorsque le douzième jour le malade éprouva un frisson, suivi de chaleur et de fièvre. Le soir, un érysipèle phlegmoneux s'était manifesté à la partie postérieure, inférieure et droite du cou; en même temps la fièvre avait augmenté d'intensité, et un délire assez violent s'y était joint. Les émissions sanguines, générales et locales, n'apportèrent qu'un léger amendement à ces accidens pendant les trois jours qui suivirent. Au bout de ce temps, l'érysipèle de la face se termina par desquamation, la peau du cou perdit sa rougeur; mais il resta dans ce point un léger empâtement, auquel succéda bientôt un abcès, placé profondément sous le trapèze droit. La fréquence du pouls et le dérangement des facultés intellectuelles existaient encore. Une ouverture faite avec le bistouri sur la partie la plus saillante de l'abcès donna issue à une quantité considérable de pus; le foyer décollé et la suppuration excessive occasionnèrent un amaigrissement

rapide ; et la mort paraissait prochaine. Une contr'ouverture et la compression produisirent l'adhérence des parois du foyer. La plaie n'avait pas cessé de suivre une marche régulière; son fond s'élevait; la contraction des bourgeons charnus avait tiré vers son centre la peau des parties voisines. Les ligatures tombèrent en entraînant la portion du squirrhe qui restait encore. Bientôt les forces revinrent, l'appétit se prononça, la fièvre disparut. Il ne restait plus qu'une taciturnité profonde, dont le malade sortait pour se livrer à des actes de colère semblables à ceux des maniaques. Aucun changement ne se manifesta ; tout annonçait une guérison prochaine, quand les symptômes cérébraux augmentèrent d'intensité. La plaie d'ailleurs reprenait le caractère cancéreux près de l'oreille; et Clouet mourut trois mois environ après l'opération. L'autopsie de son cadavre a montré, 1.° l'artère carotide externe se perdant dans un tissu fibreux, résultat de la cicatrice, et qui occupait la région parotidienne: il n'y avait plus de vestiges de la parotide; 2.° la veine jugulaire interne, oblitérée à la même hauteur, et renaissant plus bas par ses communications avec les branches superficielles, le sinus latéral correspondant n'était pas oblitéré; 3.° du pus dans le conduit auditif externe seulement, la membrane du tympan étant restée intacte; 4.° une injection assez marquée de la pie-mère, et surtout de la toile choroïdienne, qui était plus rouge que les plexus choroïdes; 5.° dans les ventricules latéraux de la sérosité tenant en suspension de petits globules semblables à ceux que laissent déposer certains vins rouges.

M. *Bérard* a tiré de cette observation les considérations suivantes : « 1.° La dégénérescence squirrheuse des glandes salivaires, niée par quelques auteurs, est de nouveau confirmée par ce qui précède. 2.° Cette observation met hors de doute la possibilité de l'extirpation de la parotide ; la description du fond de la plaie et la lésion de la carotide externe ne permettent pas de croire qu'on se soit borné ici, comme dans la plupart des opérations présentées sous le titre d'*extirpation de la parotide*, à enlever une tumeur qui avait diminué et atrophié la glande. 3.° L'hémorrhagie fournie pen-

dant l'opération par la lésion de la carotide externe peut être réprimée par la ligature. 4.° Le procédé employé par M. *Béclard* a singulièrement facilité cette ligature. 5.° Les accidens survenus après cette opération lui sont communs avec toutes les autres ; l'érysipèle, le délire, se manifestent souvent après les opérations pratiquées à la face ; et les récidives de cancer ne sont que trop fréquentes, même après les extirpations les plus exactes. 6.° La paralysie des muscles de la face s'explique naturellement par la section du nerf de la septième paire. Il paraît que l'orbiculaire lui-même ne reçoit point de filets des branches nerveuses qui sortent par l'orbite ou par le trou sous-orbitaire, et que le facial seul peut lui apporter l'irritabilité et les déterminations de la volonté, puisque les paupières de l'œil droit restaient constamment ouvertes, même pendant le sommeil. » Ce fait contredit l'opinion de *F. Meckel*, qui, se fondant sur le rire sardonique et autres contractions convulsives de la face qui accompagnent les lésions du diaphragme (phénomènes qu'il explique par les communications du grand sympathique avec le vidien dans le canal inflexe du rocher), attribue à la cinquième paire tous les mouvemens musculaires de cette région. Il se lie d'ailleurs très-bien avec les expériences de M. *Ch. Bell* sur les fonctions du facial. (*Voy.* Journal de Physiol. expérim., t. 1 et 2 ; et *medico-chirurgical Transact.*, ann. 1822.) « Une femme qui fut atteinte le mois dernier (octobre 1823) d'une paralysie de la septième paire, se trouvait, comme le malade dont on vient de lire l'observation, dans l'impossibilité de rapprocher l'une de l'autre les paupières du côté paralysé. » La constitution médicale de l'année qui vient de s'écouler marquée par un grand nombre d'apoplexies, a présenté en outre plusieurs affections semblables à celles qu'on vient de mentionner, M. le docteur *Guépin*, médecin distingué de la ville d'Angers, a eu l'occasion d'observer cette espèce de paralysie partielle sur sept ou huit individus confiés à ses soins. Plusieurs autres praticiens de cette ville ont recueilli des observations de cette nature.

HIPPOCRATIS APHORISMI

(*edente* de Mercy).

I.

Sudores frigidi cum acutâ quidem febre evenientes , mortem , cum mitiore verò, morbi longitudinem significant. *Sect.* 4 , *aph*, 37.

II.

Et quâ corporis parte inest sudor , ibi morbum esse indicat. *Ibid.*, *aph.* 38.

III.

Et quâ corporis parte inest calor aut frigus, ibi morbus est. *Ibid.*, *aph.* 39.

IV.

Sudor multus à somno citra causam manifestam factus , corpus uberiore alimento uti significat; si verò cibum non capienti hic fiat, evacuatione indigere significat. *Ibid.*, *aph.* 41.

V.

Sudor multus, frigidus, aut calidus, semper fluens, frigidus quidem majorem, calidus verò minorem morbum significat. *Ibid.*, *aph.* 42.